L'Affect dans le suivi psychothérapeutique de patients cérébrolésés

Sylvie Schwab, docteur en psychologie clinique, Paris

Je vous propose une courte observation sur la dimension affective et ses avatars chez une patiente dont la personnalité psycho-rigide et les déficits organiques cérébraux n'ont pas permis cette régression dépressive qui vient d'être décrite, condition nécessaire d'un véritable remaniement psychologique.

Mme R., 46 ans, ex-inspectrice des impôts, mariée, 2 enfants de 16 et 14 ans, a eu un AVC il y a 2 ans : rupture d'une fistule carotide caverneuse avec hématome temporale interne et thalamique gauche.

Elle garde une légère hémiparésie droite, son langage est conservé mais elle souffre d'une désorientation spatio-temporelle importante avec atteinte sévère des capacités mnésiques antérogrades et rétrogrades (sa capacité de mémorisation est de quelques minutes, la mémoire à long terme, au delà de 15 ans en arrière reste à peu près intacte, mais elle ne reconnait ni son mari ni ses enfants alors qu'elle n'a pas de difficulté à nommer des voisins ou des collègues de travail). D'emblée peu coopérative par rapport aux soignants, elle est souvent agressive avec ses proches. L'AVC survient alors qu'elle décide de divorcer après plusieurs tentatives de séparation. A noter, une dépression à 42 ans traitée par anti-dépresseurs et psychothérapie individuelle et de couple. Du fait de ces troubles cognitifs majeurs par rapport auxquels il est difficile d'évaluer la dimension psycho-dynamique, elle est totalement dépendante avec des risques de fugue et de passage à l'acte suicidaire.Traitée pour un syndrome anxio-dépressif au début de son séjour hospitalier, son traitement actuel est relativement léger.

J'ai le sentiment, durant les six premiers mois de la thérapie, qu'elle accepte assez facilement notre entretien hebdomadaire. Dans une attitude empathique et soutenue verbalement pour enrayer les défaillances mnésiques et maintenir une possibilité d'échanges cohérents et d'associations, je cherche à l'amèner peu à peu à identifier et verbaliser ses émotions et à faire des liens avec son histoire d'enfant brillante mais inexpressive au plan émotif, identifiée qu'elle fut à un père idéalisé, autoritaire, distant, rigide et quelque peu caractériel. Je suis en rapport dans ce cheminement difficile avec la neuro-psychiatre référente de la Salpétrière qui la reçoit fréquemment, ainsi qu'avec les deux orthophonistes et l'art thérapeute qui ont des séances régulières avec Mme R. Des séances de massage et d'équitation complétent ces prises en charge.

Sa phrase la plus fréquente : "je ne suis pas dans ma vie"...
"Je suis mariée, mais je n'ai aucun nom qui me vient c'est horrible; à part être la fille de mes parents, là je sais qui je suis...Je suis hors du temps, je dois considérer chaque instant comme un instant indépendant, c'est pas une histoire qui s'enchaîne mais une suite d'instants indépendants.Chacun a sa vie et sa croix à porter, la mienne, ne pas être morte... Quand je sens la déprime, je la chasse en avalant ma salive pour que ça parte dans le ventre, ça marche pas mal... »

Au-delà de cette première phase relativement disponible, s'installe peu à peu une fin de non recevoir de plus en plus manifeste de toutes les actions rééducatives et psychothérapeutiques y

compris aujourd'hui des activités physiques accompagnée d'un repli qui peut prendre ces derniers temps une attitude quasi mutique. "Ne me harcelez pas, ne me retournez pas le cerveau, c'est insupportable, je ne demande rien" répète-elle. On a envie d'obtempérer et peut-être comprendre ce repli psychologique comme un équivalent de dépression...

Parallèlement à ces éléments, je me suis intéressée chez cette patiente à ce qui est pour moi un fil rouge essentiel dans la démarche thérapeutique en général : la place du rêve, la fonction onirique et son contenu dans la relation thérapeutique.

Je travaille depuis plus de vingt ans d'abord dans le cadre du laboratoire de psychosomatique de l'Université Paris 7 puis du C.I.P.S. avec M.Sami-Ali, sur une perspective clinique et théorique qui définit l'équilibre psychosomatique d'un sujet comme une alternance heureuse entre la conscience vigile (la vie de veille) et la conscience onirique (le rêve). Cet équilibre peut se rompre à l'occasion de conflits ou d'impasses non résolus, et il est important de repérer, pour aider le patient à retrouver ce lien à lui-même, si son fonctionnement se situe du côté de la conscience vigile dans un comportement de type adaptatif qui s'accompagne d'un refoulement massif de l'affect et de la disparition des rêves qui ne sont plus mémorisés, ou à l'opposé dans un fonctionnement laissant une grande place à l'imaginaire face à la réalité ce qui nous oriente du côté de la psycho-névrose. Les réponses thérapeutiques ne sont pas les mêmes. Les rêves sont, par ailleurs, des projections de l'image du corps pris dans des scénarios renvoyant notamment aux éventuelles expériences de souffrance autour desquelles s'est construit le patient. Ils représentent en ce sens l'affect par excellence.

J'ai donc cherché à connaitre les rêves de Mm R. Par la médiation de son mari très attentif à cet enjeu, j'ai tout au long de ces 18 mois de thérapie recueilli une quinzaine de rêves qui ne sont pas des récits de rêves comme c'est le cas habituellement, mais qui sont des rêves racontés du fait d'un réveil nocturne, quasiment en direct.

- le premier rêve est un rêve de plaisir :" Mm R fait du ski avec ses deux cousines".

- Mm R interpelle son mari et ses enfants en les nommant par leur prénom, elle les reconnait et se situe dans l'actualité : par exemple "elle conseille à son mari de teindre ses cheveux qui ont blanchi". Ce rêve implique la conscience d'une temporalité, d'un avant et d'un après, ce qui n'existe pas dans la vie de veille.

- "Elle est en voiture à côté de son mari qui conduit; elle rit parce qu'il rit lui-même devant elle." Expérience en miroir et complicité perdue ou rarement inexprimée dans la vie de veille.

-" Il faut fabriquer un lecteur pour lire la puce magnétique de la carte bancaire".
- "Elle n'a pas le mode d'emploi de la machine pour effacer les traces et les ronds, c'est dommage..."

Ces deux rêves sont des représentations (auto-représentations et projections corporelles) du traumatisme cérébral et de ses conséquences dramatiques par des images empruntées à la réalité extérieure.

- Enfin, après avoir participé dans la réalité à la recherche d'un colonie de vacances pour sa fille, elle rêve la nuit suivante "qu'elle cherche pour elle-même dans un catalogue une colonie dans la tranche d'âge 13-16 ans", marquant par là encore que des traces mnésiques d'une activité vigile ont pu alimenter un scénario onirique sans être entravées par le déficit organique.

Cette observation permet de comprendre au delà des explications physiologiques, pourquoi

Mme R peut sans dommage dormir 16 heures d'affilées si on ne la réveille pas...Son intégrité et son rapport au plaisir y paraissent renforcés. Elle confirme aussi que la mémoire fonctionne et que les évènements actuels sont engrangés même s'ils échappent à leur mise en lien avec la vie de veille. Elle apporte de plus une ouverture épistémologique et un questionnement sur notre capacité à tirer parti de la vie onirique, expérience affective à part entière qui pourrait trouver sa place dans l'adaptation à la réalité pour ce type de situation limite.